Aus der Kgl. II. gynäkologischen Klinik München.
Vorstand: Professor Dr. I. A. Amann.

Spontanausstossung submuköser Myome.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Frz. Xaver Müller

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

■ ■ ■

München 1913
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Herr Professor Dr. I. A. Amann.

Meinen treubesorgten Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548308_0130

Während bei Subserösen und oft auch interstitiellen Myomen jahrelang keine Beschwerden auftreten, und die Geschwulstbildung völlig unerkannt getragen wird, so sehen wir hierzu im Gegensatz bei submukösen Myomen gewöhnlich schon von allem Anfang an die verschiedenartigsten Symptome, Subseröse Myome werden ja oft in geradezu erstaunlicher Größe als zufällige Nebenbefunde bei anderen Beschwerden gefunden, die die Patientinnen zum Arzt führen. Besonders dann, wenn es sich um virginelle Individuen handelt, die ja der Neigung huldigen, alle pathologischen Erscheinungen als physiologisch zu deuten. So sind denn auch Trägerinnen von subserösen Myomen relativ wenig Gefahren ausgesetzt, es müßte denn sein, daß bei einem großen subserösen Myom die Seltenheit einer Stieldrehung eintreten würde. Gewiß können ja auch submuköse Myome jahrlang ohne besondere Beschwerden hervorzurufen, schon bestehen, ohne daß die Patientin dadurch gezwungen würde, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Immerhin aber treten bei submukösen Myomen gewöhnlich schon, wenn ich so sagen darf, in der Entstehungsperiode Symptome auf, die die Trägerin darauf aufmerksam machen könnten, daß es sich um keinen normalen Vorgang handelt. Akut wird die Gefahr bei submukösen Myomen wohl aber erst dann, wenn der Uterus daran geht, die Neubildung auszustoßen. Der Organismus betrachtet ja den Tumor als Fremdkörper und sucht sich dieses zu entledigen und gerade dadurch schafft der Organismus für sich selbst die größten Gefahren.

Wenn ich zu allererst mir erlauben darf, auf die Folgen, die ein submuköses Myom, das entweder in der Geburt begriffen ist, oder schon in die Vagina geboren ist, hervorruft, hinzuweisen, so sind es in allererster Linie neben den Blutungen, die später eingehend behandelt werden sollen, vor allem die Inversionen des Uterus, sowohl die partiellen, als auch Totalinversionen. Myome, die bereits in die Scheide geboren sind, sind ja sowohl der Luft, als auch Traumen und Verunreinigungen ausgesetzt und ist es einmal gelungen, den Tumor auszustoßen, so ist derselbe besonders in der Vagina neben den schon erwähnten Gefahren besonders der üppig wuchernden Flora von Bakterien preisgegeben, die ja gerade an diesem Orte ihr Unwesen treiben. Wird der Tumor längere Zeit in der Vagina

zurückgehalten, so ist es den Bakterien ein leichtes, besonders wenn noch die Oberfläche des Tumors kleine Verletzungen zeigt, zu befallen. Gangrän einerseits ist das Schicksal des ausgestoßenen Tumors, da er von jeder Ernährungsquelle abgeschnitten ist, Nekrose andererseits bringt ihn zum Verfall. Damit aber ist auf für den Organismus selbst eine der größten Gefahren geschaffen, nämlich die der Sepsis. Die Literatur liefert uns leider manche Fälle. Ich erwähne nur den Fall Seybert, wo die Patientin innerhalb 5 Tagen unrettbar verloren war.

Das in der Geburt begriffene, oder auch schon aus dem Uterus geborene, submuköse Myom bietet dem Organismus ferner die schon erwähnte Gefahr, die der partiellen oder auch totalen Uterusinversion. Haftet das submuköse Myom fest an seinem Stiele, so zieht es die Innenfläche des Uterus mit sich, wenn es hoch oben sitzt und bringt letzteren zur direkten Umstülpung. Dr. Riedmeier schildert in seiner Inaugural Dissertation einen Fall onkogenetischer Totalinversion des Uterus aus der Klinik von Herrn Professor Amann; daß damit dem Uterus und mit ihm dem Gesamtorganismus die größten Gefahren drohen, bedarf nach dem, was schon erwähnt wurde, keiner weiteren Auseinandersetzung.

Das sind aber nicht die einzigen Gefahren, die einer Patientin von Seiten eines in die Vagina geborenen submukösen Myoms drohen. Der Tumor kann nämlich völlig eingekeilt werden und Drucksymptome auf die verschiedensten Organe ausüben. Aus Engström's Klinik wird ein Fall berichtet, wo der Tumor, ein submukös in die Vagina geborenes Myom so starken Druck auf die Urethra ausübte, sodaß bald nach einer schmerzhaften Ischuria paradoxa eine völlige Retentio urinae sich herausbildete, da die Pat. aus „Scheu" immer noch keinen Arzt konsultierte, in direkte Lebensgefahr geriet, zumal vorher schon eine leichte Cystitis bestand. Eine glücklich verlaufene Operation entriß die Pat. zwar dem Tode, aber ein volles Jahr lag sie noch schwer krank darnieder.

So schafft sich also der Organismus, der sich solcher Neubildungen zu entledigen trachtet, die mannigfachsten Gefahren. Gottlob sind ja diese Fälle nicht allzu häufig. Viel öfter hingegen treffen wir solche Fälle an, wo das submuköse Myom unter vielen anderen Beschwerden direkt geboren wird und damit doch keine absolute Gefahr für den Organismus mit sich bringt, wenigstens keine unmittelbare Lebensgefahr, es müßte höchstens sein, eine solche der Verblutung. Doch ist es mir nicht gelungen, einen derartigen Fall in der Literatur zu finden.

Damit bin ich bei jenem Symptom angelangt, das geradezu spezifisch für den Uteruspolypen ist — so nennen wir ja jene submukösen Myome, die bereits sich mehr oder weniger weit in das Uteruslumen vorgebuchtet haben, oder gar nur mehr mit

einem Stiel mit dem Uterus in Verbindung stehen—. Matthews Duncan war wohl der erste, der die große Wichtigkeit dieses Symptomes hervorhob, und wenn er die Blutung, auch nicht als direkt spezifisch für den Uteruspolypen ansah, so hat er doch andererseits noch nie einen fibrösen Polypen gesehen, der nicht Blutung erzeugt hätte.

Und gerade die Blutung ist es ja auch, die die Pat. in den meisten Fällen direkt zwingt, Hilfe zu suchen. Sind es Patientinnen, die noch vor dem Klimaterium stehen, so erstrecken sich die Tage der Menstrualblutungen über die gewöhnliche Dauer hinaus, die Blutung kann allmählich einige Wochen anhalten, um kaum aufgehört zu haben, von neuem nach einer oder zwei Wochen wieder einzusetzen. Und dabei finden wir, wie Biörkquist sagt, gerade eine „regelrechte Unregelmäßigkeit" oft als so charakteristisch. Es können die Blutungen bis zu einem Monat fortdauern, um nach einer Pause von wenigen Tagen wieder zu beginnen; in anderen Fällen wieder halten die Metrorrhagien gleich Monate, ja selbst ein Jahr an. Welch bezeichnendes Charakteristikum gerade die Blutung ist, zeigen aufs Deutlichste alle Fälle spontaner Ausstoßung von Uterusmyomen, die beschrieben sind. In keinem fehlt die Erwähnung der Blutung.

Die Blutung beim submukösen Myom rührt wohl größtenteils von der Uterusschleimhaut her. Die Hypertrophierung der Uterusschleimhaut beim submukösen Myom ist ja bekannt, wenn auch hie und da eine Atrophie, eine sogenannte Druckatrophie zustande kommt. Wir wissen ferner, daß das Netz von Blutgefäßen unter der hypertrophischen Mukosa sich vermehrt und somit ist es auch begreiflich, daß dann in diesem Fall der Menstruation die Blutung reichlicher ist, als unter normalen Verhältnissen.

Von Einfluß auf die Größe des Blutverlustes ist sicher auch die Ausdehnung der Uterushöhle, wie Runge mit Recht erwähnt, die Ausdehnung „der menstruierenden Oberfläche, die Spannung der Schleimhaut, dann aber auch der Sitz und die Wachstumsrichtung des Myomes". So sind es denn gerade die submukösen Myome, die die stärksten und andauerndsten Blutungen veranlassen, besonders dann, wenn sie tiefer treten und durch den Muttermund geboren werden.

Die Blutung vom Tumor selbst dagegen scheint keine wesentliche Rolle zu spielen. In der Literatur konnte ich keine Angaben dafür finden. Es ist ja auch begreiflich, denn das submuköse Myom ist, wie überhaupt alle Myome äußerst arm an Blutgefäßen. Ist das submuköse Myom schmalbasig an der Gebärmutter befestigt, so kann eine heftigere Blutung nicht entstehen (Gusserow) und blutet ein fibröser Polyp, so ist das nur dann möglich, wenn die ihn deckende Schleimhaut lädiert,

oder durch Compression eine venöse Stase hervorgerufen wird (Gusserow).

Die Größe des Tumors selbst scheint in keinem Verhältnis zu stehen mit der Blutung, denn es sind Fälle bekannt, wenn auch sehr wenige, in denen die Blutung eine recht starke war, obgleich die Tumoren nur Wallnußgröße besaßen. (Beobachtungen von Robert Barnes.)

Außer von Blutungen oder auch abwechselnd mit diesen werden viele Patientinnen auch von Fluor albus belästigt. Bei einigen ist er blutig gefärbt, bei den anderen wieder mit Eiter vermischt, direkt übelriechend. Besonders übel wird der Ausfluß dann, wenn nekrotisch gangränöse Prozesse sich im Tumor abzuspielen begonnen haben. Hier sei es mir gestattet, einen sehr interessanten Fall, den Veith beobachtet hat, zu erwähnen, wenngleich dieser Fall nicht in den engen Rahmen der Arbeit paßt. Hier war eine Patientin von Fluor so befallen, daß die Patientin nach der Nachtruhe bis über die Schulterblätter hinauf durchnäßt war. Nach längerer Zeit klärte sich der Fall dahin auf: Es handelte sich um ein Lymphangiektatisches Myom mit nur sehr geringfügiger Ausbildung von lymphatischen Höhlen, dagegen mit Oeffnung der Lymphbahnen in den Raum zwischen Drüsen, Epithelien und Bindegewebe.

Die Blutungen, die oft langwierig und heftig sind, wirken natürlich auch sehr auf den Allgemeinzustand ein. Allerdings können auch monatelange Blutungen fast ganz wirkungslos an der Pat. vorübergehen, wie besonders der von mir später zu schildernde Fall zeigt. Engström, erzählte einen Fall, bei dem die Pat. infolge der starken und langanhaltenden Blutungen auf Tage hinaus das Bewußtsein verlor.

Als eine ganz alltägliche Erscheinung finden wir bei submukösen Myomen auch Schmerzen der verschiedensten Art. Die Patientinnen klagen neben den Blutungen über Schmerzen im Hypogastrium und im Kreuz, besonders während der Menstruation steigern sich diese oft bis ins unerträgliche. Diese Art von Schmerzen haben wohl ihre Ursache in der Spannung, welche das wachsende und bei jeder Menstruation anschwellende Myom auf die Uteruswand direkt ausübt und von den Trägerinnen solcher Myome eben in die ganze Umgebung lokalisiert werden. Daß diese Schmerzen durch alle Momente, welche eine Hyperämie im Becken hervorrufen, wie körperliche Anstrengungen geschlechtlicher Verkehr, vermehrt werden, ist ja zur Genüge bekannt. Ein älterer Arzt erzählte mir einen Fall, bei dem „die Besitzerin eines submukösen Myoms“ Morphinistin wurde und es auch trotz Operation blieb.

Wieder andere klagen über continuierliche Schmerzen, ein anderer Teil über intermitierende im Hypogastrium und im Kreuz völlig unabhängig von Menses oder anderen Einflüssen. Mitunter

strahlen die Schmerzen gegen den Oberschenkel aus, oder auch gegen das Epigastrium hin, oder nehmen gar einen krampfartigen Charakter an. Björquist erzählt einen Fall, bei dem die Kranke etwa 8 Monate lang an heftig auftretenden, 6—7 Stunden anhaltenden Schmerzen litt, die sich nach 8—9 stündigen Pausen wiederholten.

Sehr oft auch nehmen die Schmerzen einen wehenartigen Charakter an; hier handelt es sich wohl um die Austreibung submuköser Myome. Die Untersuchung bestätigte in den meisten Fällen diese Behauptung. Diese Art von Schmerzen können auch von Einklemmungserscheinungen herrühren. Der Tumor, der in die Scheide geboren ist, kann sowohl, wie schon erwähnt, die Entleerung der Blase und des Darmes erschweren und doch finden sich auch Fälle, wo bei ganz großen, scheinbar fest im Becken liegenden Myomen, bei denen man ohne weiteres glauben sollte, daß Einklemmungsschmerzen beständen, nicht die geringsten Beschwerden auftreten. Besonders ist das wohl dann der Fall, wenn der Tumor schon längere Zeit an ein und demselben Ort verweilt. Veit glaubt hier eine Möglichkeit des Gewöhnens annehmen zu müssen.

Bei den verschiedenartig erwähnten Beschwerden müssen wir wohl auch verschiedene Stadien der Geburt eines submukösen Myoms ins Auge fassen. In den einen Fällen handelt es sich wohl darum, daß die submukösen Myome noch innerhalb des inneren Muttermundes sich befinden, in anderen darum, daß die Myome bereits im erweiterten inneren Muttermund und dem Cervikalkanal gefunden werden und schließlich in weiteren Fällen darum, daß die submukösen Myome teilweise oder schon gänzlich aus dem Uterus heraus geboren sind. Zu den letzteren gehört auch der von mir zu beschreibende Fall. In den ersteren Fällen handelt es sich um den Beginn der Geburt, um den Beginn der Austreibungsperiode, wo vielleicht eine zu geringe Reizbarkeit der Gebärmutter vorgelegen hat, um die Geburt des Myoms weiter vorwärts zu befördern. Im anderen Fall hat sich der Uterus bemüht, durch krampfartige Kontraktionen sich des Tumors zu befreien, und es ist ihm aus irgend welchen Gründen, die vielleicht in dem Verhältnis der Uteruswand zu suchen sind, nicht gelungen, die Geburt des Tumors völlig zu Ende zu führen. Im dritten Fall jedoch ist es möglich, den Tumor völlig in die Scheide, oder gar nach außen zu befördern, teils weil die Kraft der Uterusmuskulatur hinreichte, teils die Reizbarkeit eine genügende war, teils aber auch der Geburtsweg selbst keine besonderen Hindernisse in den Weg stellte.

Im Gegensatz zu diesen mit Schmerzen verbundenen Geburten von submukösen Myomen sind vereinzelte Beobachtungen bekannt, bei denen eine allmählich vor sich gehende Geburt des intrauterinen Tumors fast ohne Beschwerden von statten ging.

Schon Schroeder wies in seinem Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Auflage VII pag. 272, auf diesen Umstand hin. Er nimmt an, daß es sich hier darum handelt, daß der Tumor ganz allmählich gegen den inneren Muttermund gepreßt wird, diesen auch ganz allmählich erweitert und der Tumor endlich herunterrutscht.

Zwischen diesen beiden Extremen, einerseits Austreibung unter starken, wehenartigen Schmerzen, andererseits fast völlig beschwerdefrei, erwähnt Björquist, dem wir die einzigen ausführlichen Arbeiten darüber verdanken, auch Fälle, in denen die Schmerzen nicht besonders stark waren und nur zur Zeit der Blutungen bestanden. Die am Schlusse zu erwähnenden Krankengeschichten liefern hinreichend Beweise dafür.

Eine weitere Beigabe für den myomerkrankten Organismus — denn fast bei allen Myomen finden wir diese Tatsache — ist das Myomherz, eine funktionelle Herzstörung. Wir finden nicht selten Unregelmäßigkeiten, dauernde Tachykardie, während dann bei geringen Ursachen der Puls wieder stark in die Höhe schnellt.

Eine andere Tatsache ist bei Anwesenheit eines intrauterinen fibrösen Polypen noch von allergrößter Wichtigkeit, nämlich, daß sich der Cervikalkanal während der Menstruation erweitert. Während es oft nicht möglich ist, den Polypen zu tasten, so gelingt es einer Untersuchung, die während der Menses vorgenommen wird, den Polypen durch den weiten und verkürzten Gebärmutterhals zu palpieren. Schon Sabbatier, Rambotsham und Arran beschreiben diese Eigentümlichkeiten. Die Aufmerksamkeit der Gynäkologen auf diese Erscheinung hat Larcher gelenkt. Nach einigen Tagen der Menstruation aber finden wir bereits den Cervikalkanal wieder völlig geschlossen. Pippingsköld und Schroeder wiesen darauf hin, „daß in verdächtigen Fällen gerade während der Menstrualblutung eine Untersuchung vorzunehmen sei," da der intrauterine gestielte Polyp während der Menstruation ganz aus der Gebärmutter hervorgedrängt werden kann und nach Beginn der Menses wieder völlig verschwunden ist. (Björquist.)

Nach den geschilderten verschiedenartigen Symptomen, die in der Geburt begriffen, oder submuköse Myome veranlassen, sei es mir noch gestattet, darauf hinzuweisen, wie sich denn die Geburt vollzieht.

Wenn auch die Geburt der submukösen Myome viele Aehnlichkeiten mit einer normalen Geburt aufweist, so finden sich doch auch wieder die verschiedenartigsten Abweichungen. Wie bei einer gewöhnlichen Geburt, so wird auch bei spontaner Austreibung eines submukösen Myoms allmählich der unterste Teil der Gebärmutterhöhle, der obere und schließlich der untere Teil des Cervikalkanales erweitert. Der untere Teil des Cervikal-

kanales wird dabei, wenn ich so sagen darf, verkürzt und es bleiben zuletzt auch von der Portio vaginalis nur ein mehr oder weniger dünner, ringförmiger Wall übrig. Hierin deckt sich ja eine normale Geburt vollkommen mit der eines submukösen Myoms. In der Zeit aber besteht ein mächtiger Unterschied. Die Austreibung eines submukösen Myoms verläuft in der Regel sehr langsam. Der Prozeß zieht sich Monatelang hin, ja ganze Jahre scheint er oft in Anspruch zu nehmen. Noch ein abweichendes Moment ist so charakteristisch für die Ausstoßung des submukösen Myoms, das schubweise Vorsichgehen. Dafür sprechen besonders die sich immer wieder einstellenden und periodenweise auftretenden Schmerzen.

Allerdings kann die Austreibungsarbeit der Gebärmutter auch recht schnell und ununterbrochen vor sich gehen. Es sind Fälle bekannt, wo nach 2 Tagen anhaltenden Wehen der Tumor in die Scheide geboren war. Björquist erwähnt sogar einen Fall, wo plötzlich starke wehenartige Schmerzen auftraten und der Tumor innerhalb einer Stunde aus der Cervix geboren war.

Während wir bei einer normal verlaufenden Geburt gewöhnlich mit einer Regelmäßigkeit und bestimmten Zeit rechnen können, so ist das bei der Geburt eines submukösen Myoms nicht der Fall, denn hier spielt ja besonders einmal die Größe des Tumors, die Nachgiebigkeit seiner Befestigung, die größere oder geringere Festigkeit des Gebärmutterhalses, das Kontraktionsvermögen des Uterus und noch viele andere Momente eine große Rolle. Auch einer vorausgegangenen Geburt ist eine gewisse Bedeutung beizulegen. Alle die in der Literatur erwähnten Fälle sprechen dafür, daß ein spontanes Hervordrängen eines submukösen Myoms leicht vor sich geht, wenn vorher eine Geburt einmal stattgefunden hat, oder gar erst kurz vorher abgelaufen ist. Besonders in letzterem Falle hat die vorausgegangene Erweiterung des Halskanales eine große Bedeutung für die sich anschließende Ausstoßung des Myoms.

Mit welchem Zeitpunkt die Austreibungsarbeit selbst beginnt, läßt sich in den meisten Fällen nicht feststellen. Wenn auch die leichteren Beschwerden, wie ziehende Kreuzschmerzen ein leises Stechen von Zeit zu Zeit von den Pat. angegeben werden, so können wir diese Symptome doch nicht als Anfangssymptome für die Geburt betrachten.

Daß ein myomschwangerer Uterus die verschiedensten Größenverhältnisse aufweisen kann, ist ja einleuchtend. Der Uterus kann bis weit über Nabelgrenze gefühlt werden, auch dann, wenn das Myom schon aus der Uterushöhle ausgestoßen ist. Es handelt sich hier darum, daß der Uterus, auf dem großen bereits in die Scheide geborenen Tumor, direkt reitet.

Wenn wir schließlich noch die Art der Befestigung ins Auge fassen wollen, so finden wir, daß das submuköse Myom ge-

wöhnlich mehr oder weniger breitbasig an der Uteruswand festsitzt und zwar solange, als das Myom noch nicht durch das os externum uteri getreten ist. In wenigen Fällen ist das Myom bereits mittels eines Stieles mit dem Uterus vereinigt, solange noch gar keine Ausstoßung zu bemerken ist. Ist diese aber einmal eingeleitet, so finden wir immer einen mehr oder weniger langen Stiel ausgebildet. Gewöhnlich ist dieser aber kurz und dick, wenngleich auch Fälle bekannt sind, wo der Stiel eine Länge von 5—7 cm besaß. Beim Hervorpressen des submukösen Myoms nun erfährt die Ansatzstelle des Stieles eine mehr oder minder starke Ausdehnung und schon jetzt kann der Stiel reißen. Doch passiert das häufig erst dann, nachdem der Tumor in die Scheide oder ganz außerhalb des Scheideneinganges gepreßt ist. Die Ernährung des Stieles wird schon während der Geburt eine überaus schlechte und in den meisten Fällen ist es so, daß der erweiterte Cervikalkanal ihn fest umschließt; Nekrose tritt ein, evtl. auch Ganggrän des unterhalb befindlichen Teiles

Nach dieser Schilderung der Gefahren, der Symptome, und der Art der Ausstoßung submuköser Myome sei es mir gestattet, zunächst einmal auf jene Fälle einzugehen, die in den letzten 10 Jahren an der Klinik von Herrn Professor Amann zur Beobachtung kamen. Warum die Krankenjournale der früheren Jahre keine derartigen Fälle aufweisen, kann ich nicht begründen, es mögen vielleicht damals derartige Krankheitsbilder besonders mit Ausstoßung von submukösen Myomen als Abortus betrachtet worden sein, sodaß sich die Trägerinnen solcher Myome privatim behandeln ließen cfr. Fall 10.

Fall 1: K. B., 38 Jahre, von Beruf Wäscherin.

Die Pat. wurde am 27. Oktober 1908 in die II. Gyn.-Univ.-Kl. aufgenommen, mit der Diagnose: Submuköses Myom, das bereits in die Scheide geboren. Aus der Anamnese wäre zu erwähnen: Mutter lebt, Vater gestorben unbekannter Ursache, auch die Geschwister alle lebend und gesund. Pat. will immer gesund gewesen sein. In den letzten 8 Jahren keine Schwangerschaft, keine Geburt, 1892 und 1895 normal verlaufene Schwangerschaft, ebensolche Geburt. Kinder leben, sind gesund. Keine Fehlgeburt.

Die Menstruation setzte etwa mit 19 Jahren ein, war immer sehr unregelmäßig, ziemlich stark, von achttägiger Dauer. Die letzte Menstruation vor 3 Wochen dauerte 7 Tage. Sie begann am 22. Oktober, setzte am 23. aus, während sie am 24. mit heftigen Blutungen und starken Sschmerzen sich wieder einstellte. Ausfluß bestand nicht, Pat. sucht wegen dieser starken Blutungen und der ziemlichen Schwäche die Klinik auf. Blasenentleerung und Stuhlgang machten nie Beschwerden.

Status: Mittelgroß, guter Ernährungszustand, sehr blasse Gesichts- und Hautfarbe. Nervenstatus ohne Belang. Auch die Lungen zeigen keine krankhaften Veränderungen.

Herz nicht vergrößert, erster Ton etwas unrein, kein Geräusch, Aktion leicht unregelmäßig. Leib weich, nicht aufgetrieben, nirgends ein Tumor, eine Resistenz oder Dämpfung. Zahlreiche Striae.

Vulva klaffend, Damm erhalten, Vagina weich. Der äußere Muttermund stark erweitert durch einen etwa klein hühnereigroßen, kleinhöckrigen, in seiner Gesamtheit weich sich anfühlenden Tumor, der in das Uteruskavum sich verjüngend sich fortsetzt. Starke Blutungen. Uterus antedextroflektiert, etwas vergrößert, frei beweglich. Adnexe völlig frei.

Wegen der starken Blutungen wird am 27. Oktober die Tamponade der Vagina ausgeführt. Am 28. Oktober Entfernung des Tampons, Blutung steht. Am 29. Oktober Totalexstirpation abdominell. Seit Eintritt keine Temperaturen; Hämoglobin 45%, Leucocythen 8800, am 3. November verläßt Pat. bereits das Bett und fühlt sich wohl und munter. Am 2. Februar wird Pat. als vollkommen geheilt entlassen. Absolut keine Beschwerden nach der Operation, keine Blutungen, Heilungsverlauf vollkommen normal, durch kräftige Ernährung wird der Allgemeinzustand der Pat. sehr gut gehoben.

Fall 2: Während bei dem ersten Fall die Blutungen plötzlich stark einsetzten, gleich 8 Tage anhielten, dabei aber relativ wenig Schmerzen bestanden, so sehen wir in diesem Fall viel ausgedehntere und länger dauernde Blutungen.

P. A., 51 Jahre, wird am 4. April 1911 in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese bietet nichts besonderes. Schwangerschaften fünf, Geburten fünf, in der Zeit von 1877 bis 1887. Ein Kind starb mit 7 Jahren, die übrigen völlig gesund. Der Beginn der Menstruation fällt in das 15. Lebensjahr, vollkommen regelmäßig, nicht besonders stark von etwa dreitägiger Dauer, dabei keine Beschwerden. Die Menses sistierten mit 45 Jahren, während schon vorher die monatlichen Blutungen durch Blutungen in den Zwischenräumen verwischt wurden. Besonders seit sechs Jahren bestehen fast ununterbrochen Blutungen, die ansteigen, sobald Pat. sich anstrengt, Pat. fühlt sich besonders jetzt äußerst schwach, während „sie sonst nicht klagen könnte.“ In der letzten Nacht also vom 3. auf 4. April plötzlich starker Schüttelfrost mit großen Temperaturschwankungen und Schüttelfrösten.

Bei ihrer Einlieferung ist die Pat. in völlig desolatem Zustande. Hautfarbe und Schleimhaut äußerst blaß, Ernährungszustand ziemlich reduziert.

Reflexe vorhanden, Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Konvergenz. Lungengrenzen an normaler Stelle, überall voller Kopfschall, vesik. Atmen. Herzgrenze nach rechts verbreitet, erster Ton an der Spitze unrein, nirgends Geräusch. Puls klein, etwas rigide Arterie. Leib weich, nirgends besonders druckempfindlich, keine Dämpfung, keine Resistenz. Vulva geschlossen, Dammriß ersten Grades. Vagina ziemlich weich, glattwandig aus derselben leicht blutiges Sekret. In der Vagina fühlt man einen klein faustgroßen, glattwandigen Tumor, dessen Stiel im Uterus nicht erreichbar ist. Die Ränder des äußeren Muttermundes klaffen um die Geschwulst herum, aber nicht besonders hypertrophisch. Uterus als relativ kleines Gebilde der polipösen Geschwulst aufsitzend. Adnexe nicht deutlich abzutasten. Auf keinen Fall verdickt. Parametrium und Douglas frei. Mit Spekulum-Untersuchungen erweist sich der Polyp als ein teilweise verhärtetes und mit Belegen bedecktes Gebilde.

In den ersten Tagen der Krankenhausbehandlung bewegte sich die Temperatur zwischen 39,6 und 40,3, nach 3 Tagen fällt diese auf 38,4 ab. Die Therapie bestand einzig und allein während dieser Zeit in Darreichung von Aspirin, Verabfolgung von Einläufen und Einnahme von Ricinus. Am 13. April stieg die Temperatur wieder auf 38,8, sinkt in den nächsten Tagen aber wieder auf 37,3. Da sich am 20. April die Pat. ziemlich gut erholt hat, erfolgt die Abtragung des submukösen Myoms mit anschliesender Tamponade. Am 22. April steigt die Temperatur abermals auf 39,3, sinkt in den nächsten Tagen langsam ab und bleibt auf der Norm dauernd bestehen. Am 13. April war eine leichte Complikation eingetreten, es stellten sich rheumatische Beschwerden an den oberen Extremitäten ein. Am 15. Mai kann Pat. völlig beschwerdefrei ohne Blutungen die Klinik verlassen, auch die rheumatischen Erscheinungen ziemlich abgeklungen.

Es gelang, sich jetzt über den Zustand der Pat. zu orientieren und die Pat. gab an, seit Klinikaustritt völlig gesund zu sein.

Im Fall 3, in dem die 51 jährige Patientin am 28. September 1907 die Klinik aufsucht, finden wir die Vagina fast vollkommen durch einen leichten Tumor ausgefüllt, aus dem sich auf Druck jauchige Flüssigkeit entleert. Der Tumor reicht in den Cervix hinein, Muttermund entfaltet um den Tumor herum als dünner Saum zu fühlen.

Abgesehen von etwas reduziertem Ernährungszustand bietet die Pat. keine besonderen krankhaften Erscheinungen dar. Sie gibt an, mit 15 Jahren menstruiert worden zu sein, die Menses waren immer regelmäßig, nie stark. Den Tag der letzten Menstruation vermag Pat. nicht anzugeben. Seit 6 Wochen bestehen dauernd Blutungen, die oft „eine unheimliche Stärke“ an-

nahmen. Teilweise bestand auch übelriechender Ausfluß, starke Schmerzen im Kreuz, die zeitweise in die beiden Oberschenkel ausstrahlten. Seit 4 Wochen war es Pat. nicht mehr möglich, spontan Wasser zu lassen. Weniger die Blutungen und die bestehenden Schmerzen als besonders der letzterwähnte Punkt zwangen die Pat., dauernde Hilfe in der Klinik zu suchen. Am 29. November 1907 erfolgt die Abtragung des breitgestielten, verjauchten, submukösen, in die Vagina geborenen Myoms. Operation verlief vollkommen glatt, zwei Tage nachher traten leichte Temperatursteigerungen auf, die aber am nächsten Tag schon wieder abgeklungen waren. Der Heilungsverlauf war ein vollkommen ungestörter, sodaß Pat. am 18. Oktober bereits die Klinik wieder verlassen konnte. Untersuchungsbefund an diesem Tage: Uterus stark vergrößert, an einigen Stellen sehr hart, Muttermund fast ganz geschlossen, es besteht noch ganz geringe Sekretion. Ueber das weitere Schicksal der Pat. konnte leider nichts in Erfahrung gebracht werden.

Fall 4: H. Th., 51 Jahre alt, Haushälterin. In der Klinik aufgenommen am 7. August 1902. Aus der Anamnese wäre etwa zu erwähnen, Mutter gestorben an Lungenschwindsucht, an derselben Krankheit auch eine Schwester gestorben mit 21 Jahren. Nie geboren, nie schwanger. Die erste Menstruation fällt in das 22. Lebensalter, war immer regelmäßig alle 4 Wochen, mäßig stark. Schon immer bestanden dabei Krämpfe. Die letzte Menstruation etwa mit 50 Jahren. Seit einem Jahr wurde die Periode sehr unregelmäßig, die Blutungen wiederholten sich in 14-, oft auch 8tägiger Pause, waren bald schwach, bald auch wieder sehr stark, dabei bestand immer weißlicher Ausfluß, doch wenig übelriechend. Vor 8 Tagen stellten sich nun mit einem Male mehr heftige Leibschmerzen ein, die stundenlang anhielten und „im Leib direkt wanderten". Dabei völlige Appetitlosigkeit, leichte Fieberattake, dabei besonders in den letzten Tagen Blutungen stärkster Art. Besonders in dem letzten halben Jahr will Pat. sehr stark abgemagert sein. Bei ihrer Aufnahme zeigt die Pat. einen sehr anämischen Charakter mit völlig reduziertem Ernährungszustand. Erster Ton an der Herzspitze unrein, Atmung etwas oberflächlich. Der Leib ist in der unteren Hälfte leicht aufgetrieben, zeigt aber keine Resistenz.

Der Introitus vagine eng, für etwa 2 Finger durchgängig. Portio fast ganz verstrichen, in den entfalteten Cervix ragt ein hühnereigroßer, glattwandiger Tumor herein. Uterus antiflektiert, von kindskopfgröße, harter Consistenz. Uterus völlig unbeweglich. Am 8. August erfolgt die vaginale Totalexstirpation des Uterus. Der übrige Krankheitsverlauf ist völlig normal.

Während sich in den jetzt erwähnten Fällen Blutungen, Schmerzen, Ausfluß, leichte Temperatursteigerungen, Appetitlosigkeit bei den Patientinnen einstellten, so finden wir auch in

dem folgenden Fall all diese Symptome wieder, nur ein Symptom tritt uns in diesem Krankheitsbild neu entgegen, d. i., daß der Tumor während der bestehenden Menses genau zu palpieren ist. Die 41 Jahre alte K. N. wird am 15. Juni 1908 in die Klinik gebracht, mit etwas blasser Gesichtsfarbe und sonst normalem Allgemeinbefinden. Seit etwa 20 Jahren will sie ununterbrochen an rheumatischen Beschwerden leiden. Die zwei vollkommen normal überstandenen Schwangerschaften und Geburten fallen in die Jahre 1888 und 1900. Die erste Menstruation fällt in das 19. Lebensjahr. Die Menses immer regelmäßig, alle 4 Wochen sehr stark von 7 bis 8tägiger Dauer im großen und ganzen beschwerdefrei. Bis etwa vor 3 Monaten waren die Menses vollkommen regelmäßig. Seit dieser Zeit wurden sie allmählich stärker und in den letzten 2 Monaten nahmen die Blutungen an Stärke gewaltig zu. Als sich die ersten Unregelmäßigkeiten in der Periode einstellten, suchte Pat. einen Gynäkologen auf, dessen während der Menses vorgenommene Untersuchung auf Myoma submukosum lautete. Die Pat. erzählt, der Arzt hätte ihr gesagt, es rage ein zapfenförmiges Gebilde aus dem Uterus heraus. Seit 3 Tagen nun fühlt sich die Pat. besonders schwach und matt und da sich auch noch heftige Kreuzschmerzen, ebensolche des Unterleibes einstellten, suchte Patientin die Klinik auf.

Zur Zeit der Klinikaufnahme sind die Blutungen nicht bedeutend. Eine bimanuelle Untersuchung findet die Portio völlig normal, nicht erweitert, den Uterus hingegen etwas vergrößert, etwa bis in Nabelhöhe reichend. Der flache, eingesunkene, überall weiche Leib ist auf Druck nicht schmerzhaft. Auch von außen ist der vergrößerte Uterus leicht zu fühlen. Eine 3 Tage nach Eintritt vorgenommene Untersuchung ergibt folgenden Befund: Vulva klaffend, stark blutend, Vagina ziemlich weit in derselben ein apfelgroßer, unregelmäßiger, ziemlich derber Tumor. Muttermund um einen fingerdicken Stiel des oben erwähnten Tumors retrahiert. Uterus antiflektiert, zeigt rechts oben am Fundus ein kleines, haselnußgroßes Myom. Das Corpus ca. faustgroß glatte Oberfläche.

Wegen der großen Anämie wird am 20. Juni in Lumbalanästhesie die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Pat. erholt sich sehr rasch und kann bereits am 4. Juli 1908 völlig geheilt entlassen werden.

Fall 6: F. M., 49 Jahre. Wird am 13. November 1907 in die Klinik gebracht mit der Diagnose: Myoma uteri submukosum in vaginam part. Der Vater soll an Rückenmarkleiden gestorben sein. Mutter an Magenkrebs. Von den 10 Geschwistern sind zwei geisteskrank, eines leidet an Krebs, das andere sei lungenleidend. 1872 überstand Pat. glücklich ohne besondere Ueberbleibsel Typhus. Im 27. Lebensjahre sollen einmal plötz-

lich starke Blutungen aufgetreten sein, die etwa einen halben Tag anhielten und während der Zeit der Abgang von Klumpen bemerkt wurde. Pat. glaubte, abortiert zu haben (vielleicht kann es sich damals schon um den Abgang eines submukösen Myoms gehandelt haben). Sechs völlig normale Geburten, 4 Kinder starben in den ersten Lebensjahren. Im Alter von 36 Jahren eine Fehlgeburt im dritten Monat (Myom?). Erste Menstruation mit 19 Jahren. Immer ziemlich heftig, mit starken Allgemeinbeschwerden. Die letzte Menstruation in der Zeit von 21. bis 27. Oktober 1907.

Am 12. November 1907 trat, nachdem die letzte normale Periode am 27. Oktober aufgehört hatte, wieder plötzlich sehr heftige Blutung auf, mit äußerst starken wehenartigen Schmerzen, weshalb auch Pat. Aufnahme in der Klinik sucht.

Die allgemeine Untersuchung gibt zu krankhaften Bemerkungen keinen Anlaß.

Vulva klafft ziemlich beträchtlich, Damm völlig zu Verlust gegangen.

Vordere Vaginalwand in größter Ausdehnung sichtbar. Die Vagina sehr weit und ausgefüllt von einem kleinfaustgroßen, glatten Tumor, der mit der Vaginalwand in keiner Beziehung steht. Der Tumor ist weich, fast cystisch und ragt etwa 3 cm aus dem Muttermund heraus. Portiowulst deutlich erkennbar, Cervix fast ganz verstrichen. Uterus vergrößert mit einer Ausbuchtung nach links beweglich, mäßig hart. Am 16. November vaginale Totalexstirpation in Lumbalenästhesie. Am 18. Nov. fühlt sich Pat. noch sehr matt, hat schlechten Puls, doch keine Temperatursteigung. Auf Kampfer und Coffein erholt sich Patientin sehr rasch in den nächsten Tagen, es treten keine Blutungen mehr auf, in den folgenden Wochen das Allgemeinbefinden so gehoben, daß Pat. am 16. Januar 1908 völlig geheilt entlassen werden kann.

Bei der nächsten 46jährigen Gütlersfrau, die seit einem Jahre bemerkte, daß ihr Leib immer stärker wurde, besonders in der Zeit der Periode, stellten sich in den ersten Tagen des Januar 1911 unregelmäßige Tag und Nacht anhaltende Blutungen ein, weswegen sie am 11. Januar 1911 in die Klinik kommt. Obwohl die Menstruation schon im 13. Lebensjahr einsetzte, so ist sie doch bis noch vor ganz kurzer Zeit regelmäßig menstruiert gewesen. Neben Beschwerden allgemeinerer Art hat Pat. keine besonderen Angaben zu machen. Die vaginale Untersuchung ergibt einen großen und breiten in die Portio hereinragenden Zapfen. Der Zapfen ist bis in das Cavum uteri hinein zu verfolgen. Am 14. Januar erfolgt die vaginale Totalexstirpation. Einige Stunden nach der Operation bekommt Pat. einen schweren Kollaps, der durch beträchtliche Kampherinjek-

tionen nach einigen Stunden behoben wurde. In den nächsten Tagen klagt Pat. über starke Kopfschmerzen. In der Nacht vom 19. auf 20. Januar bekommt Pat. starke Zuckungen, die auch tagsüber noch etwas anhalten, am 20. nachmittags leichte linksseitige Lähmung. In den nächsten Wochen gehen die Lähmungserscheinungen wieder zurück, sodaß Pat. Ende Februar geheilt entlassen werden kann.

Fall 8: W. A., 45 Jahre alt, kommt am 15. Juni 1908 in die Klinik. Pat. gibt an, der Vater sei verunglückt, die Mutter an Influenza gestorben. Fünf Geschwister leben, sind gesund, ein Bruder an Typhus gestorben. Sie selbst will noch nie krank gewesen sein. Zwei vollkommene normale Schwangerschaften und Geburten, keine Fehlgeburt. Die Menstruation begann mit 15 Jahren, war regelmäßig alle 4 Wochen, nicht besonders stark, von dreitägiger Dauer. Ueber irgendwelche Beschwerden hatte Pat. während der Menses nicht zu klagen. Vor 4 Jahren nun wurden die bis jetzt ziemlich geringen Menstrualblutungen stärker, waren anfangs immer noch regelmäßig, wurden dann aber sehr unregelmäßig, sodaß Pat. oft 3 Tage blutete, dann 14 Tage Ruhe hatte, nach 2 Tagen stellten sich erneute Blutungen ein, hielten nun fast volle 14 Tage an, setzten dann wieder 3 Wochen aus und begannen wieder von neuem von ganz verschieden langer Dauer. Dabei bestanden schon vor etwa 4 Jahren ganz geringe Beschwerden und ziehende Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Seit etwa 4 Wochen aber wurden diese Beschwerden so heftig und unerträglich, daß die Pat. krankenhausärztliche Behandlung in Anspruch nahm.

Entsprechend den vorausgegangenen schweren Blutungen finden wir denn auch bei der Pat. eine große Anämie und einen stark reduzierten Ernährungszustand. Ueber beiden Lungen finden wir in den oberen Partien leichte Schalldifferenz, die Atmung aber ist vollkommen frei. Eine Vergrößerung der Herzdämpfung besteht nicht, deutlich systolisches Geräusch an der Spitze keine Verstärkung des 2. P. T. (Anämisches Geräusch!) Wegen des verfallenen Zustandes der Pat. wird am Tage der Einlieferung von einer gründlichen Untersuchung Abstand genommen. Nach einigen Tagen ergibt die Untersuchung in der erweiterten Cervix einen kleinapfelgroßen, an der Oberfläche rauhen Tumor. Der Uterus selbst reicht bis drei Querfingerbreit unterhalb des Nabels, zeigt verschiedene Unebenheiten (wahrscheinlich eingelagerte Myome). Nachdem die Blutungen mit Tamponade etwas zum Stillstand gebracht wurden und auch das Allgemeinbefinden der Pat. sich gebessert hatte, wurde am 29. Juni 1908 die abdominelle Totalexstirpation vorgenommen.

Auch in diesem Fall ein glatter Heilungsverlauf.

Einen ganz interessanten Befund ergibt Fall 9: Die 62jähr. Försterswitwe K. K. wird am 18. Juli in die Klinik gebracht mit der Diagnose: submuköses, verjauchtes Myom, maligen degeneriertes Myom des Uterus. Anamnese belanglos. Nie schwanger, nie geboren, keine Fehlgeburt. Erste Periode mit 16 Jahren, immer regelmäßig alle 4 Wochen sehr stark von achttägiger Dauer. Pat. hatte immer besonders schon einige Tage vorher Krämpfe. Mit 50 Jahren sistierten unter starker Inanspruchnahme des Allgemeinzustandes die Menses. Seit drei Wochen nun traten bei der Pat. starke Blutungen auf, nachdem sie volle 12 Jahre davon verschont blieb. Zugleich stellten sich leichte Kreuzschmerzen ein, auch klagte sie über geringe Schwindelanfälle, Appetitlosigkeit und über heftig ausstrahlende Schmerzen in beide Oberschenkel, die vom Kreuz ausgingen. In den letzten Wochen klagte Pat. auch über Beschwerden beim Wasserlassen und beim Stuhl. Ebenso ist Pat. in diesen Wochen stark abgemagert.

Nach diesen Angaben ist es wohl klar, daß Pat. an einem stark reduzierten Ernährungszustand sehr blasser Gesichts- und Hautfarbe eingeliefert wurde. Trotzdem ergibt die vorgenommene Hb. Bestimmung 75%. Nervenstatus zeigt keine pathologischen Abweichungen. Rachitischer Torax, Emphysen. Herztöne rein, Puls leicht unregelmäßig, ziemlich voll. Leib nicht aufgetrieben, keine Druckempfindlichkeit, keine Resistenz. Linksseitige hühnereigroße Inquinalhärnie. In der rechten Unterbauchgegend etwa 2 Finger über dem Lig. pouparte überragend ein derber, glatter, vom kleinen Becken aufsteigender Tumor, welcher nach der Seite hin verschieblich ist. Vulva geschlossen, Introitus vagine eng, kaum für 2 Finger durchgängig. Auf der Portio ragt ein weicher, zerklüfteter, leicht blutender, etwa apfelgroßer Tumor, der die Cervixhöhle fast ganz ausfüllt. Uterus antiflektiert, von dem oben beschriebenen Tumor nicht abzugrenzen, rechts hinten fixiert, ragt aus dem kleinen Becken heraus, und geht nach rechts über in den anfangs erwähnten derben, glatten Tumor über, der wohl den Fundus Myom entspricht. Adnexe nicht zu tasten. Am 20. August wird in Lumbalanästhesie die vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Pat. fühlte sich nach der Operation dauernd wohl und verließ nach 6 Wochen die Klinik.

Daß meine früher aufgestellte Behauptung, spontane Ausstoßung von submukösen Myomen könne von den Patientinnen auch als Abortus betrachtet worden sein, zutreffen kann, lehrt folgender Fall 10.

Am 6. September 1907 wird die 36jährige P. K. in die Klinik aufgenommen mit der Diagnose: Myoma uteri. Aus der Anamnese ergibt sich, daß die Eltern unbekannter Todesursache gestorben sind. Geschwister hat die Pat. keine. Von früheren

Krankheiten hat sie Gesichtsrose und Kopftyphus gut überstanden. Die zwei im Jahre 1899 und 1901 fallenden Geburten verliefen, wie auch das Wochenbett, vollkommen normal. Die zwei Kinder leben und sind sehr gesund. Fehlgeburten keine. Der Beginn der ersten Menstruation fällt in das 12. Lebensjahr. Diese soll immer regelmäßig gewesen sein, alle drei Wochen von mäßiger Stärke und fünftägiger Dauer. Ueber irgendwelche Beschwerden hatte die Pat. während dieser Zeit nie zu klagen. Die letzte Menstruation, die völlig normalen Verlauf hatte, war in den ersten Tagen des August dieses Jahres.

Seit 2 Jahren aber gibt die Pat. an, sei die Periode plötzlich unregelmäßig geworden, eben insoferne, als zwar sich die Blutungen auch noch alle 3 Wochen einstellten, etwa fünf Tage anhielten, dann wieder aussetzten, nach 1—2 Tagen Ruhe, oft auch soll es ein längerer Zwischenraum gewesen sein, stellten sich bald leichtere, bald schwerere Blutverluste wieder ein, wie schon erwähnt, war die letzte Periode anfangs August hingegen wieder völlig normal.

Etwa vor jetzt einem Jahre sollen sich im Anschluß an die Periode stärkere Blutungen eingestellt haben, dabei traten auch an vier aufeinander folgenden Tagen heftige, krampfartige Schmerzen auf, die Pat völlig an das Bett fesselten. Während dieser Tage will Pat. „den Abgang von Klumpen" bemerkt haben, sodaß Pat. glaubte, „einen Abgang" gehabt zu haben. Es sollen während dieser Tage mehrmals klumpenähnliche Gebilde abgegangen sein, die die herbeigerufene Hebamme als Blutgerinnsel ansprach.

Seit 2. September 1907 gesellten sich zu den etwas leichtem Unwohlsein der Pat. Schüttelfröste hinzu, zugleich besteht seit etwa 4 Tagen Abgang von sehr viel Blut und übelriechendem Ausfluß.

Status: Pat. ist von mittlerer Größe, schlechtem Ernährungszustand, sehr blassem Aussehen. Die Lungen zeigen keinen pathologischen Befund. Herzdämpfung nicht verbreitet, über allen Ostien reine Töne. Puls zeigt ganz leichte Unregelmäßigkeiten, klein, aber weich. Nirgends Oedeme, keine Varicen. Der Leib ist flach, zeigt nirgends eine Vorwölbung, zahlreiche als Striae. Pulsation der Aorta deutlich zu fühlen. Vulva geschlossen, Damm in Takt, Vagina weit und glatt. In derselben fühlt man einen glatten, harten Tumor, der aus der Portio hervorragt. Auf Druck ist der Tumor ganz weich, auf Druck auf das Abdomen entleert sich reichlich stinkende Flüssigkeit. Der Uterus etwas vergrößert, glatt antiflektiert, nicht druckempfindlich. Adnexe beiderseits frei. Untersuchung des Harnes ergibt keine pathologischen Bestandteile. Am 9. September 1907 erfolgte die vaginale Totalexstirpation des Uterus. Auch diese Patien-

tin konnte nach vierwöchentlicher Behandlung völlig gesund die Klinik verlassen.

Im Anschluß hieran soll ein Fall von mir beschrieben werden, der sich in der Privatpraxis eines erfahrenen Arztes ereignete, doch vorher möchte ich mir erlauben, einen Abschnitt aus Veits Handbuch der Gynäkologie, Band 1, zu erwähnen, in dem er also schreibt:

„Nur ganz ausnahmsweise beobachtet man die Ausstoßung der Myome ganz symptomenlos. Und forscht man in solchen Fällen näher nach, so wird man des Eindruckes sich nicht erwehren können, daß mehr die Schamhaftigkeit der Patientinnen die Symptome zurückdrängt, als daß sie nicht wirklich vorhanden waren. Ich habe wenigstens in den einzelnen Fällen der Art, die von mir beobachtet wurden, nachträglich alle Symptome erfahren, die ernste Beschwerden gemacht hatten und die Patientinnen schon früher zum Arzt hätte führen müssen, wenn sie sich nicht auf das Aeußerste zurückgehalten hätten. Besonders sieht man solche Fälle von spontaner Geburt eines Myoms, oder auch diejenigen, bei denen der Tumor in der Scheide liegt, bei alten Jungfern, nur selten bei verheirateten Frauen. Wenigstens in einer großen Stadt, in der die Möglichkeit der Konsultation eines Arztes leicht gegeben ist, kommen solche Fälle selten vor, weit häufiger bei Frauen vom Lande."

Diese Worte Veits sind gerade auch für den von mir nun zu berichtenden Fall äußerst charakteristisch.

Fräulein M. K., 56 Jahre alt, von Beruf Erzieherin.

Aus der Anamnese ist zu erfahren, daß der Vater an Wassersucht gestorben ist, die Todesursache der Mutter konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Zwei Schwestern leben, die eine davon völlig gesund, die andere will „an Myomen leiden". Von früheren Erkrankungen ist nichts besonderes zu erwähnen. Pat. war nie schwanger, hat nie abortiert. Der Beginn der ersten Menstruation soll in das 15. Lebensjahr fallen, war immer regelmäßig alle 4 Wochen, von geringer Stärke, und hielt etwa 3—4 Tage an. Besondere Beschwerden sollen dabei nie aufgetreten sein. Wann Pat. die Periode verloren hat, vermag sie nicht anzugeben, jedenfalls aber hatte sie jahrelang schon keine Blutungen mehr.

Anfangs Februar 1913 stellten sich bei der Pat. auf einmal wieder leichtere Blutungen ein, die die Pat. in der Ausführung ihres Berufes, da sie ja auch sonst völlig beschwerdefrei war, nicht hinderten. In der Nacht vom 11. auf 12. Februar 1913 trat nun plötzlich eine sehr starke Blutung ein, die mit den heftigsten wehenartigen Schmerzen verbunden war. Die Schmerzen sollen in der Nacht am Anfang etwa alle Stun-

den sich eingestellt haben, wiederholten sich gegen Morgen in immer kleineren Zwischenräumen und traten gegen Mittag abwechselnd alle 10 bis 5 Minuten auf. So oft die Schmerzen einsetzten, ging ein direkter Schwall von Blut ab. Weniger durch die Schmerzen, als durch die reichlichen Blutungen beunruhigt, ließ die Pat. gegen Mittag 2 Uhr einen Arzt rufen. Der herbeigerufene Arzt fand bei seinem Erscheinen die Pat. in ausgezeichnetem Allgemeinzustand, sie bot nicht die geringsten Erscheinungen einer Anämie dar. Auch sonst fühlte sich die Pat. trotz der vorausgegangenen heftigen Blutungen und Schmerzen absolut nicht matt und schwach.

Da eine genaue Untersuchung von der Pat. nicht gestattet wurde, so bin ich leider nicht imstande, einen genauen Untersuchungsbefund zu entwerfen. Der Arzt fand vor den äußeren Genitalien eine mollenartige Masse, wie er sich ausdrückte, welche unter leichtem Zug und wehenartigen Schmerzen leicht extrahiert werden konnte. Das geborene Gebilde war über und über mit Blutgerinnseln bedeckt und fühlte sich nach Entfernung dieser Gerinnsel hart und derb an. Sofort nach der Entfernung des Tumors sistierte die Blutung. Leider wurde auch jetzt noch keine genauere Untersuchung gestattet. Der Leib zeigte keine Auftreibung, soweit es möglich war zu konstatieren, ließ sich auch keine Vergrößerung des Uterus nachweisen, Pulsation der Aorta war in Nabelhöhe leicht zu fühlen.

Bei dem Besuch am nächsten Tage bei der Pat. erfuhr der behandelnde Arzt, daß sich etwa am Tage vorher gegen Abend wieder Blutungen und starke wehenartige Schmerzen einstellten und es sollen wiederholt einzelne „Stücke" abgegangen sein. Leider wurden diese abgegangenen Klumpen von den Angehörigen der Pat. nicht aufgehoben. Auf die Frage des behandelnden Arztes, warum die Pat. trotzdem sich doch wieder heftige Blutungen und Schmerzen einstellten, ihn nicht wieder habe rufen lassen, gab die Pat. an, sie habe diesen Erscheinungen, da sie mit diesen einmal vertraut wurde, absolut keine Bedeutung beigemessen. Am 14. Februar abends sistierten die Blutungen dauernd, Pat. verblieb zwar noch im Bett, fühlte sich aber äußerst wohl, sie hatte nicht die geringsten Erscheinungen einer Anämie, oder sonst irgend welcher Schwächezustände. Pat. stand nach einigen Tagen wieder auf, ohne irgend welche Ueberbleibsel von den vorausgegangenen Beschwerden zu bemerken, ja die Pat. fühlte sich innerhalb weniger Wochen völlig kräftig genug, am 31. März 1913 ihrem Beruf wieder nachzugehen. Es stellten sich absolut keine Blutungen mehr ein, bis heute ist Pat. von allen Beschwerden und jeder Blutung befreit.

Sehr interessant war die Gestalt des zu Tage beförderten Gebildes. Ich kann dasselbe wohl mit keinem Gegenstand bes-

ser vergleichen, als mit einem völlig normalen Uterus. Die größte Länge betrug 14 cm, die größte Breite 6,5 cm, die stärkste Dicke etwa 2,5 cm. An seinem vorderen Ende zeigte der Tumor eine Einbuchtung, sodaß man sich des Eindruckes nicht erwehren konnte, es handle sich hier um einen Abguß eines normalen Uterus mit einer richtig entwickelten Portio vaginalis, einem Labium ant. etpost., dieses hintere Stück (Lab. post.) reichte etwa 3 cm über das äußerste Ende des Labium ant hinaus. Die Stelle, die beim normalen Uterus etwa dem Orificium internum entsprechen würde, zeigte in ganzem Umfange eine äußere, ringförmige Einschnürung, die wohl von einer längeren Umklammerung des Uterus herrührte. Während der pathologisch histologische Bau (pathologisches Institut Prof. Dr. Borst) dieses Stückes mehr einen fibrösen Charakter zeigte, so bestand der übrige Teil des Tumors größtenteils aus Muskelzellen. Dieses übrige Stück des geborenen Myoms würde etwa dem Corpus uteri entsprechen. Am Ende des ausgestoßenen submukösen Myoms, etwa dem Fundus uteri entsprechend, fand sich ein $2^1/_2$ cm langer, etwa 1 cm breiter Zapfen, welcher wohl als der Stiel des Myoms anzusprechen ist.

Der erwähnte Fall entbehrt wohl nicht mancher sonderbaren Erscheinungen. Einmal das völlig ungestörte Allgemeinbefinden der Pat. trotz der größten Schmerzen, trotz tagelanger starker Blutungen, absolut keine Anämie, nicht die geringsten Schwächeerscheinungen. Daß die Pat. den leichten Blutungen, die sie ja wohl sicher zum Arzt hätten führen können, keine weiteren Bedeutungen beilegte, obwohl sie während der ganzen letzten Jahre anhielten, findet wohl eine Erklärung in der überaus großen Scheu und unangebrachten Schamhaftigkeit der Pat., dann aber auch ist noch bemerkenswert, daß nach Entfernung des Tumors die Blutung mit einemmal sistierte. Wir finden diese Erscheinung ja auch bei anderen Fällen.

Sehr charakteristisch aber sind die Schmerzen, sie sind wohl den Schmerzen, die sich bei einer normalen Entbindung abspielen, auf die geringste Kleinigkeit ähnlich und nicht zuletzt dann ist die ganz sonderbare Figur dies ausgestoßenen Tumors bemerkenswert. Wäre einige Stunden vor der totalen Ausstoßung des Myoms ein Arzt gerufen worden, und würde die Pat. eine gynäkologische Untersuchung vornehmen haben lassen, so wäre es wohl möglich gewesen, den vor die Portio geborenen Tumor als den Uterus selbst anzusprechen.

Zum Schlusse obliegt mir die angenehme Pflicht, zunächst einmal Herrn Dr. Oswald, meinem lieben Freunde und väterlichen Berater herzinnigst zu danken, für die Liebenswürdigkeit, die er hatte, mich sofort von dem Fall zu verständigen, ferner auch für seine liebenswürdigen Angaben über den angetroffenen Befund.

Dann aber auch danke ich nicht minder Herrn Oberarzt Dr. Albrecht, der mir in seiner bekannt entgegenkommenden Weise manchen wertvollen Anhaltspunkt während der Bearbeitung dieser Fälle gab.

Nicht zuletzt sei aber auch inniger Dank Herrn Professor Amann gezollt, für die gütige Ueberlassung des Krankenmaterials aus seiner Klinik und für die freundliche Uebernahme des Referates.

Literatur.

Veit: Handbuch der Gynäkologie.
Riedmeier: Inaugural-Dissertation München.
Runge: Gynäkologie, Auflage 4.
Engström: Zeitschrift, Berlin 1909.
Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Franz Xaver Müller, kath. Konfession, wurde am 18. Juni 1886 als Sohn des Metzgermeisters Anton Müller zu Windisch-Eschenbach (Bayern) geboren. Zu Amberg besuchte er das humanistische Gymnasium, das er im Jahre 1907 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Darauf studierte er Medizin in Erlangen und München und beendete an letzterer Universität sein Studium mit dem Staatsexamen am 22. Dezember 1912.